

- Positionspapier -

Skill-Grade-Mix im Krankenhaus

Die akutstationäre Versorgung wird sich zukünftig deutlich verändern. Dabei wird aus den verschiedensten Blickwinkeln diskutiert, wie eine qualitativ hochwertige und gleichzeitig wirtschaftliche Versorgung in den Krankenhäusern gestaltet und gewährleistet werden kann.

Zwischen den sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten der Pflege und der Medizin, den zunehmenden und sich ändernden Anforderungen und Erwartungen an die Pflege- und Krankenhausleistung und den neuen Chancen der grundständigen und hochschulischen Pflegeausbildung einerseits sowie dem Mangel an Fachpersonal und steigenden Kosten andererseits müssen Lösungen gefunden werden.

Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, den Qualifikationsmix für die pflegerische Versorgung der Patient:innen im Krankenhaus neu zu denken und sich vermehrt an international bestehenden Standards zu orientieren. Darin stimmen die meisten Fachleute überein und regen eine neue Gestaltung des Skill-Grade-Mix in Deutschland an. Der sogenannte Skill-Grade-Mix bezeichnet die Zusammensetzung von Pflgeteams aus Personen mit verschiedenen Fähigkeiten (Skills) und Bildungsabschlüssen (Grades).

Neben ökonomischen Überlegungen und dem Mangel an Fachpersonen ist vor allem die Qualitätssicherung der Versorgung von Patient:innen das leitende Argument zur Veränderung des Qualifikationsmix im Krankenhaus. Zahlreiche empirische Studien belegen statistisch signifikante Zusammenhänge zwischen der Anzahl und Qualifikation des Pflegepersonals und gesundheitsgefährdenden Komplikationen bis hin zur Mortalitätsrate. Spitzenpflege und Spitzenmedizin sind wechselseitig aufeinander angewiesen.

Eine Veränderung des Skill-Grade-Mix im Krankenhaus bietet die Chance einer weiteren Professionalisierung und qualitativen Entwicklung für die Pflege. Das Berufsprofil kann weiter geschärft werden, hin

- a) zu einer evidenzbasierten pflegerischen Versorgung, die sich
- b) sowohl am individuell ermittelten Unterstützungs- und Pflegebedarf des Einzelfalls orientiert
- c) als auch die verantwortliche Steuerung des Pflege- und Versorgungsprozesses sicherstellt.

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) formuliert die folgenden zehn grundsätzlichen Positionen zum Skill-Grade-Mix im Krankenhaus:

1. Personenzentriertheit ist Voraussetzung für das Patientenwohl

Der Skill-Grade-Mix muss sich am Pflege-, Versorgungs- und Behandlungsbedarf der Patient:innen orientieren! Dazu muss eine Kultur der Personenzentrierung gelebt werden, die sich an der Lebenswelt der Patient:innen orientiert.

2. Steuerung des gesamten Versorgungsprozess durch die Profession Pflege

Patient:innen wollen die bestmögliche Behandlung mit dem bestmöglich gestalteten Versorgungsprozess im Krankenhaus erhalten. Die Steuerung der interprofessionellen und interdisziplinären Versorgungsprozesse erfolgt am besten durch Pflegefachpersonen – denn sie sind dafür ausgebildet und rund um die Uhr präsent! Pflegefachpersonen auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus sind Garanten einer guten Versorgung.

3. Evidenzbasierte Instrumente sind Pflicht

Die Ausstattung und die Zusammensetzung der Pflgeteams müssen auf evidenzbasierten Instrumenten und wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Zwingend notwendig ist eine Personalbedarfsermittlung mit einer definierten Mindestpersonalausstattung, die die Anzahl und Qualifikation des benötigten Personals erfasst und eine entsprechende Personalbesetzung gesetzlich vorschreibt!

4. Sichere Finanzierung ist notwendig

Die Anteile für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen bis hin zu den Pflegeassistenten und ihren pflegerischen Leistungen müssen auf Grundlage einer gesetzlich vorgeschriebenen Personalbedarfsermittlung dauerhaft und gesichert zu 100% finanziert sein!

5. Geschicke der Pflege gehören in der Hand der Pflegenden

Die Verantwortung für die Aufgaben und Versorgungskonzepte, für entsprechende Finanzmittel und die Entwicklung des Skill-Grade-Mix müssen in der Hand des Pflegemanagements liegen. Dabei ist eine echte Partizipation der Beschäftigten Bedingung!

6. Zielplanung für den Anteil an hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Patient:innenversorgung im interprofessionellen Team müssen hochschulisch qualifizierte Pflegenden (Bachelor, Master und Promotion) flächendeckend – besonders in der direkten Versorgung von Patient:innen – in den Krankenhäusern eingesetzt werden! Der DBfK fordert eine Quote an hochschulisch qualifizierten Pflegenden von 30 % bis 2030. Die Umstellung der Fachweiterbildungen auf Bachelor-Abschlüsse und der Einsatz von Pflegeexpert:innen als APN sind Basis einer qualitativ hochwertigen und zielgerichteten Pflege.

7. Pflegeassistenz braucht gute Ausbildung und qualifizierte Praxisanleitung

Zusätzlich zu dem vorhandenen Personal eingesetztes Pflegeassistentenpersonal muss auf einem ausreichenden Niveau qualifiziert werden. Dafür ist eine bundesweit einheitliche zweijährige Ausbildung notwendig. Zur Praxisanleitung und Begleitung von Pflegeassistenten und anders qualifiziertem Personal, wie beispielsweise Stationssekretär:innen, bedarf es qualifizierter Pflegefachpersonen!

8. Klare Aufgabenprofile für unterschiedlich qualifizierte Pflegenden

Zur Absicherung und Einsatzplanung müssen Aufgabenprofile und Tätigkeitsbeschreibungen für unterschiedlich qualifizierte Pflegenden etabliert werden (von der Pflegeassistenz über weitergebildete bis hin zu hochschulisch qualifizierten Pflegefachpersonen)!

9. Koordination und Überwachung durch die Pflegeberufekammern

Die Pflegeberufekammern müssen mit ihrem Knowhow, ihren Regelungsmechanismen (z.B. Berufsordnung oder Qualitätsvorgaben) und ihrer Infrastruktur die strukturierte und methodisch begründete Veränderung des Skill-Grade-Mixes begleiten und überwachen!

10. Pflegeforschung zum Skill-Grade-Mix ist auszubauen

(Pflege-)forschung zum Thema Skill-Grade-Mix ist in Deutschland zu wenig vorhanden. Es braucht dringend mehr öffentliche Forschungsgelder, eine stärkere Vernetzung zwischen Hochschulen und Krankenhäusern sowie eine langfristig gesicherte Finanzierung für die Pflegeforschung!

Literatur

- Aiken, Linda H; Sloane, Douglas; Griffiths, Peter; Rafferty, Anne Marie; Bruyneel, Luk; McHugh, Matthew; Maier, Claudia B; Moreno-Casbas, Teresa; Ball, Jane E; Ausserhofer, Dietmar; Sermeus, Walter (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. In: *BMJ Qual Saf* 2017;26:559–568.
- Bartholomeyczik, S. (2010): Professionelle Pflege heute. Einige Thesen. In: Kreutzer, S. (Hrsg.) (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert. Osnabrück: V & R unipress, S. 133-154.
- Benner, Patricia (2017): Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert. 3. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.
- Braun, B. Klinke, S.; Müller, R. (2010): Auswirkungen des DRG-Systems auf die Arbeitssituation im Pflegebereich von Akutkrankenhäusern. In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 15, Nr. 1, S. 5-19.
- Darmann-Finck, Ingrid; Baumeister, Andreas; Greiner, Agnes-Dorothee (2016). Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“, Bremen.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2019). *Advanced Practice Nursing – Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung*, Berlin.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) (2020) *Aktionsprogramm 2030*, Berlin.
- Fent, Rebecca; Jörg, Anna (2018). *Der Skill-Grade-Mix im Pflege- und Gesundheitsberuf – Analyse und Empfehlungen für die Praxis*, Zürich.
- ICN (International Council of Nurses) (2009). *Evidence-based safe nurse staffing*, Geneva.
- Isfort, M.; Weidner, F. u.a.; Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. (Hrsg.) (2010): *Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*.
- Lehmann, Yvonne; Schaepe, Christiane; Wulff, Ines; Ewers, Michael (2019). In: Stiftung Münch (Hrsg.): *Pflege in anderen Ländern: Vom Ausland lernen?*, Heidelberg.
- Olbrich, Christa (2010): *Pflegekompetenz. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 1999*. Huber: Bern.
- Simon, M.; Sharma, N.; Gerfin, M. (2020): *Pflegepersonal und unerwünschte Ereignisse in Schweizer Akutspitälern: Auswertung von Daten des Bundesamtes für Statistik*.
- Simon, M. (2019): *Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser*. In: Dieterich, A.; Braun B.; Gerlinger, Th.; Simon, M. (2019): *Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG- Systems*. Wiesbaden: Springer-VS, S. 219-251.
- Stemmer, Renate; Rimmel-Faßbender, Ruth; Schmid, Martin; Wolke, Reinhold (Hrsg.) (2017): *Aufgabenverteilung und Versorgungsmanagement im Krankenhaus gestalten – von erfolgreicher Praxis lernen*, Heidelberg.
- Stemmer, Renate; Böhme, Hans (2008): *Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege. Aufgabenverteilung im Krankenhaus der Zukunft. Einige Aussagen für das Sozialministerium Rheinland-Pfalz*. In: *Pflege & Gesellschaft*, Jg. 13, Heft-Nr. 3, S. 197-215.
- Wynendaele H; Willems R; Trybou J. (2019): *Systematic review: Association between the patient-nurse ratio and nurse outcomes in acute care hospitals*. In: *Journal of Nursing Management*. Jg. 27, Nr. 5, S. 896-917.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) - Bundesverband e. V.

Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | Telefon: +49 (0)30-2191570 | E-Mail: dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de

